

令和6年度 禁煙外来助成金請求書

助成金 10,000 円

医療機関名	〇〇〇〇病院	
	受診年月日	自己負担額
1回目	令和 6 年 5 月 10 日	3,000 円
2回目	令和 6 年 5 月 24 日	3,000 円
3回目	令和 6 年 6 月 7 日	3,000 円
4回目	令和 6 年 7 月 5 日	3,000 円
5回目	令和 6 年 8 月 2 日	3,000 円
自己負担額合計		15,000 円

上記金額を医療機関の領収書等を添えて請求します。

令和 6 年 8 月 15 日

請求者

所属所名

〇〇市

組合員証
記号 - 番号

9999 - 111

組合員氏名

共済 太郎

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

(請求に必要な添付書類)

- 領収書の写し(全5回分)
- 診療明細書の写し(全5回分)
- 禁煙成功証明書(共済組合の様式)

(注意事項)

- ・ 助成対象者は組合員のみで禁煙外来(保険診療の適用を受けるものに限る。)を全5回受診し、禁煙に成功した方です。
- ・ 治療開始日から終了日まで引き続き当組合の資格を取得していること。